



Formulaire de demande d'historique de doses pour un employé
Fichier dosimétrique national
FAX: (613)957-0960

Nom de l'organisation : _____

Nom de l'employé : _____

Personne ressource : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

FAX: _____

Consentement de l'employé pour la communication de renseignements sur les doses

Je (Nom : en caractères d'imprimerie SVP) _____
permets au Fichier dosimétrique national de fournir un exemplaire de mon dossier de doses de
rayonnement à l'organisation précitée par le biais de la personne ressource, tel qu'indiqué.

Signature _____

Date _____

Veuillez fournir les renseignements d'identification suivants pour l'employé:

Prénom : _____

Date de naissance : Année _____ Mois _____ Jour _____

Masculin Féminin

NAS: _____

Employeurs antérieurs où il y a eu surveillance
Nombre d'années (approx.)

